

# MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE

Convention collective nationale

IDCC : **7024** | **PRODUCTION AGRICOLE ET CUMA**  
**(15 septembre 2020)**

Convention collective nationale

IDCC : **7025** | **ENTREPRISES DE TRAVAUX ET SERVICES AGRICOLES, RURAUX ET FORESTIERS**  
**(8 octobre 2020)**

Convention collective

IDCC : **8112** | **EXPLOITATIONS DE POLYCLTURE ET D'ÉLEVAGE**  
**(Île-de-France, Seine-et-Marne exceptée)**  
**(6 décembre 1963)**

Convention collective

IDCC : **8117** | **ENTREPRISES ET EXPLOITATIONS AGRICOLES DE POLYCLTURE, D'ÉLEVAGE, D'AVICULTURE ET CUMA**  
**(Seine-et-Marne)**  
**ENTREPRISES DE TRAVAUX AGRICOLES, RURAUX ET FORESTIERS**  
**(Île-de-France)**  
**(12 février 1964)**

## Avenant n° 13 du 12 septembre 2024

NOR : AGRS2597072M

IDCC : 7024, 7025

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

**Fédération régionale des syndicats des exploitants agricoles d'Île-de-France ;**  
**Fédération régionale des coopératives d'utilisation de matériel agricole CUMA d'Île-de-France ;**

**Groupeement des entrepreneurs de travaux agricoles d'Île-de-France,**  
d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**Fédération CFTC de l'agriculture CFTC Agri ;**

**Syndicat francilien de la transformation agroalimentaire CFDT,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### **Préambule**

Par le présent avenant, les organisations syndicales salariales et patronales représentatives au plan régional conviennent de mettre en conformité le libellé des bénéficiaires de l'accord précité aux dispositions du code de la sécurité sociale, en application du décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021 relatif aux critères objectifs de définition des catégories de salariés bénéficiaires d'une couverture de protection sociale complémentaire collective, selon les dispositions prévues par l'accord national du 10 juin 2008 sur une protection sociale complémentaire en agriculture et la création d'un régime de prévoyance.

L'entrée en vigueur d'un certain nombre d'évolutions réglementaires inhérentes aux remboursements des Frais de santé a également rendu nécessaire la mise en conformité dudit régime.

Il est enfin précisé qu'en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent accord ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de cinquante salariés. En effet, les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de cinquante salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de cinquante salariés et ce, afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

## **Article 1<sup>er</sup> | Modification de l'accord**

L'accord de prévoyance et de santé du 16 juin 2008 et ses avenants sont ainsi modifiés comme suit :

### **1.1. Champ d'application**

Les dispositions du 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 1<sup>er</sup> « Champ d'application » de l'accord précité sont modifiées comme suit :

- « Les dispositions du présent accord s'appliquent à tous les salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017, des entreprises qui appliquent la convention collective du 12 février 1964 ou la convention collective du 6 décembre 1963, à l'exclusion :
- des salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée ;
  - des VRP et bûcherons-tâcherons relevant d'autres dispositions conventionnelles. »

L'ensemble des autres dispositions du présent article demeurent inchangées.

### **1.2. Garantie incapacité temporaire de travail**

Les dispositions introductives de l'article 3 « Garantie incapacité temporaire de travail » de l'accord précité sont modifiées comme suit :

- « En cas d'incapacité temporaire de travail dûment justifiée par prescription médicale et ouvrant droit aux indemnités journalières légales, tout salarié ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance

des cadres du 17 novembre 2017 bénéficie d'une indemnisation en complément des indemnités journalières légales versées par la Mutualité sociale agricole (MSA) lui garantissant en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie professionnelle, un accident de travail ou de trajet, ou à une maladie ou un accident de la vie privée :

- pendant les 90 premiers jours d'arrêt de travail, 90 % de la fraction journalière du salaire de base (limité à quatre fois le plafond de la sécurité sociale) et le cas échéant, du revenu de remplacement versé et déclaré par l'employeur, notamment dans le cadre de l'activité partielle, de l'activité partielle longue durée, du congé de reclassement ou du congé de mobilité, sous déduction des indemnités journalières légales de la Mutualité sociale agricole (MSA) ;
- puis 25 % de la fraction journalière du salaire de base (limité à quatre fois le plafond de la sécurité sociale) et le cas échéant, du revenu de remplacement versé et déclaré par l'employeur, notamment dans le cadre de l'activité partielle, de l'activité partielle longue durée, du congé de reclassement ou du congé de mobilité, sous déduction des indemnités journalières légales de la Mutualité sociale agricole (MSA), tant que dure le versement des indemnités journalières légales ».

L'ensemble des autres dispositions du présent article demeurent inchangées.

### 1.3. Complémentaire frais de santé

Les dispositions des paragraphes A « Bénéficiaires » et B « Prestations santé » de l'article 7 « Complémentaire frais de santé » de l'accord précité sont modifiées comme suit :

#### A. Bénéficiaires

##### *Salariés*

Les dispositions du 2<sup>e</sup> alinéa du présent paragraphe sont rédigées comme suit :

« Sont donc exclus du dispositif frais de santé les salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 et personnels relevant de la convention collective du 2 avril 1952 et du régime Agirc-Arrco, et bénéficiant à ce titre du régime de prévoyance défini dans la convention précitée. »

L'ensemble des autres dispositions du présent paragraphe demeurent inchangées.

#### B. Prestations santé

Les dispositions du 3<sup>e</sup> alinéa du présent paragraphe sont rédigées comme suit :

« Les prestations du présent accord respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats "solidaires et responsables".

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, notamment : prise en charge du ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments à service médical rendu faible ou modéré et médicaments homéopathiques), du forfait patient urgences, du forfait "actes lourds", du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100 % santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO), ainsi que, en dehors des paniers de

soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optique et du plafond pour les aides auditives.

Les remboursements garantis s'effectuent poste par poste, acte par acte ou par acte global au sens de la classification commune des actes médicaux (CCAM), dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions prévues au présent tableau de garanties.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale et/ou en euros.

Les forfaits exprimés en euros et par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile, sauf exceptions prévues par la réglementation pour les équipements en optique et en audiologie et cas particuliers prévus au présent tableau de garanties. »

*(Voir page suivante.)*

Les prestations sont versées conformément au tableau ci-dessous :

NATURE DES FRAIS	Remboursement Régime de base obligatoire	Remboursement complémentaire Socle obligatoire conventionnel	Remboursement total (remboursement du régime de base et socle conventionnel)	Remboursement Option 1 (incluant le remboursement du régime de base et le socle conventionnel)	Remboursement Option 2 (incluant le remboursement du régime de base et le socle conventionnel)
<b>SOINS COURANTS</b>					
● <b>Honoraires médicaux (y compris téléconsultation, actes techniques)</b>					
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	250 % BR	320 % BR	420 % BR	520 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	130 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	250 % BR	320 % BR	420 % BR	520 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	130 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
● <b>Honoraires paramédicaux</b> y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti-grippale par les sages-femmes et infirmiers	60 % BR	40 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● <b>Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 8 séances / an</b>	60 % BR	40 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● <b>Analyses, et examens de laboratoire</b> <sup>(2)</sup>	de 60 % à 100 % BR	de 0 % à 40 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● <b>Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie</b> <sup>(2)</sup>	70 % BR	30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Actes de prévention</b> <sup>(3)</sup>	de 35 % à 70 % BR	de 65 % à 30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● <b>Honoraires de médecines douces</b> : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie, étiopathie	-	30 €/ 1 séance / an / bénéficiaire	30 €/ 1 séance / an / bénéficiaire	30 €/ 1 séance / an / bénéficiaire	30 €/ 4 séances / an / bénéficiaire
<b>Médicaments</b>					
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	65 % BR	35 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	30 % BR	70 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible" (y compris honoraire de dispensation du pharmacien)	15 % BR	85 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Autres honoraires de pharmaciens remboursés par le régime de base y compris la prescription et la vaccination prévue par le calendrier vaccinal pour les plus de 11 ans et la vaccination anti-grippale	65 % ou 100 % BR	35 % ou 0 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base	-	-	-	-	40€/an/bénéficiaire
- Vaccins remboursés par le régime de base	65 % ou 100 % BR	-	-	65 % ou 100 % BR +40€/an/bénéficiaire	65 % ou 100 % BR +40€/an/bénéficiaire
● <b>Matériel médical</b>					
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	40 % BR	100 % BR	200 % BR	400 % BR
- Gros et petits appareils, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % ou 100 % BR	40 % ou 0 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>HOSPITALISATION</b>					
● <b>Frais de séjour</b>	80 % ou 100 % BR	20 % ou 0 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
● <b>Honoraires :</b>					
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	240 % ou 220 % BR	320 % BR	420 % BR	520 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	120 % ou 100 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
● <b>Forfait actes lourds</b> <sup>(4)</sup>	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
● <b>Forfait journalier hospitalier</b> <sup>(5)</sup>	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
● <b>Forfait patient urgences</b> <sup>(6)</sup>	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
● <b>Chambre particulière y compris en ambulatoire (par jour/bénéficiaire/an)</b>	-	25€ par jour	25€ par jour	hors maternité : 30 € / jour maternité : 55 € / jour Psychiatrie : 30 € / jour	hors maternité : 40 € / jour maternité : 80 € / jour Psychiatrie : 40 € / jour
● <b>Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire/an)</b>	-	60€ par jour limité à 60 jours	60€ par jour limité à 60 jours	86€ par jour limité à 60 jours puis 60€ limité à 60 jours	86€ par jour limité à 60 jours puis 60€ limité à 60 jours
● <b>Forfait maternité (dans la limite des frais engagés)</b>	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS	1/3 PMSS	2/5 PMSS
● <b>Confort hospitalier</b>	-	-	-	-	26€ / an/bénéficiaire
● <b>Prestations de service en cas d'hospitalisation à domicile prises en charge par le régime de base</b>	-	-	-	Crédit de 52€/jour limité à 60 jours/an	Crédit de 52€/jour limité à 60 jours/an + crédit limité à 400€/an/bénéficiaire
<b>OPTIQUE : 1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans</b> <sup>(7)</sup>					
● <b>Équipements 100% santé (Classe A)</b> <sup>(8)</sup> :					
- Monture	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	Frais réels	Frais réels
● <b>Autres équipements (Classe B)</b> :					
- Monture	60 % BR	100€-RO	100€	100 €	100 €
- Verre simple <sup>(9)</sup>	60 % BR	110€-RO	110€ par verre	141€ par verre	160€ par verre
- Verre complexe <sup>(9)</sup>	60 % BR	175€-RO	175€ par verre	250€ par verre	300€ par verre
- Verre très complexe <sup>(9)</sup>	60 % BR	175€-RO	175€ par verre	250€ par verre	300€ par verre
● <b>Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B</b> <sup>(8)</sup>	60 % BR	40 % BR +10€/an/bénéficiaire	100 % BR +10€/an/bénéficiaire	100 % BR +10€/an/bénéficiaire	100 % BR +10€/an/bénéficiaire
● <b>Supplément pour verre avec filtre</b> <sup>(8)</sup>	60 % BR	40 % BR	100 % BR	100 BR	100 BR
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	315€/an/bénéficiaire	60 % BR + 315€/ an/bénéficiaire	60 % BR + 315€ + crédit de 110€/2 ans/bénéficiaire	60 % BR + 315€ + crédit de 170€/2 ans/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	crédit de 200€/an/bénéficiaire	crédit de 200€/an/bénéficiaire	crédit de 200€/an/bénéficiaire +crédit de 110€/2 ans/bénéficiaire	crédit de 200€/an/bénéficiaire +crédit de 170€/2 ans/bénéficiaire

NATURE DES FRAIS	Remboursement Régime de base obligatoire	Remboursement complémentaire Socle obligatoire conventionnel	Remboursement total (remboursement du régime de base et socle conventionnel)	Remboursement Option 1 (incluant le remboursement du régime de base et le socle conventionnel)	Remboursement Option 2 (incluant le remboursement du régime de base et le socle conventionnel)
<b>DENTAIRE</b>					
• Soins, actes, consultations et prothèses (100% Santé) <sup>(9)</sup>	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Soins, actes et consultations (hors 100% Santé)	60 % BR	40 % BR+FR <sup>(12)</sup>	100 % BR+FR <sup>(12)</sup>	100 % BR+FR <sup>(12)</sup>	100 % BR+FR <sup>(12)</sup>
• Inlay Onlay (hors 100% Santé)	60 % BR	140 % BR	200 % BR	225 % BR	250 % BR
• Prothèses et inlays core (hors 100% Santé)					
- Inlays core à honoraires maîtrisés ou libres	60 % BR	150 % BR+ crédit de 300€/an/bénéficiaire	210 % BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire	280 % BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire	410 % BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire
- Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ou libres	60 % BR	150 % BR+ crédit de 300€/an/bénéficiaire	210 % BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire	280 % BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire	410 % BR + crédit de 300€/an/bénéficiaire
- Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	crédit de 215€ /an/bénéficiaire	crédit de 215€ /an/bénéficiaire	crédit de 215€ /an/bénéficiaire	crédit de 215€ /an/bénéficiaire
• Orthodontie remboursée par le régime de base	60 % ou 100 % BR	240 % ou 200 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	crédit de 400€ /an/bénéficiaire	crédit de 400€ /an/bénéficiaire	crédit de 400€ /an/bénéficiaire	crédit de 400€ /an/bénéficiaire
• Implantologie (hors couronne implanto-portée)	-	-	-	150€/an/bénéficiaire	300€/an/bénéficiaire
• Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	-	-	-	crédit de 100€ /an /bénéficiaire
<b>AIDES AUDITIVES <sup>(10)</sup></b>					
Equipements 100% Santé (Classe I) <sup>(8)</sup>	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	1700€/oreille	1700€/oreille	1700€/oreille	1700€/oreille
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	200 % BR/oreille	260 % BR/oreille	400 % BR/oreille	400 % BR/oreille
<b>CURES THERMALES</b>					
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux <sup>(1)</sup> , transport, hébergement, surveillance <sup>(11)</sup>	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>DIVERS</b>					
Transports urgents préhospitaliers (TUPH) remboursés par le régime de base	65 % ou 100 % BR	35 % ou 65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base	55 %	45 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; FR : Frais réels ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes sauf si le tableau de garantie prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - honoraires des médecins spécialistes".

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel eff. ectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomylélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(5) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) Forfait patient urgences : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13-1 du Code de la Sécurité sociale.

(7) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(8) tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(9) verres simples Classe B :  
- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et +6 dioptries  
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries  
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries  
- verres neutres

verres complexes Classe B  
- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à +6 dioptries  
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries  
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie  
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries  
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries  
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries  
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

verres très complexes Classe B  
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries  
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries  
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie  
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S > 8 dioptries

(10) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

(11) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants « honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes ».

(12) Frais réels : si secteur conventionné, le remboursement comprend la part obligatoire + la part complémentaire. Si secteur non conventionné, le remboursement est égal à 90% des frais réels (part obligatoire+part complémentaire) limité à 300% de la BR du secteur conventionné.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est réduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

Article 2 | Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant prennent effet le premier jour du trimestre civil suivant la date de publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel* et au plus tard, le 1<sup>er</sup> janvier 2025.

Article 3 | Dépôt et extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Fait à Paris, le 12 septembre 2024.

(Suivent les signatures.)